

(社)石川県臨床衛生検査技師会 研修会参加証明書

(糖尿病療養指導士資格更新対象)

受講者 氏 名 _____

受講者 施設名 _____

受講研修会

受講日時	平成 年 月 日 am、p m 時 分から 平成 年 月 日 am、p m 時 分まで
研修会名	石臨技生涯教育セミナーNo テーマ：
講義内容	講演1(タイトル) 講演1(講師) 講演2(タイトル) 講演2(講師)
開催場所	
認定単位	第1群 単位

以上の受講を証明します

平成 年 月 日
社団法人 石川県臨床衛生検査技師会
会長 油 野 友 二